



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

La dimensión sexual y afectiva de las personas con discapacidad física y sensorial

Autor/es

AMAIA ECHARRI REDONDO

Director/es

MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2016-17



***La dimensión sexual y afectiva de las personas con discapacidad física y sensorial***, de AMAIA ECHARRI REDONDO

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2017

© Universidad de La Rioja, 2017

[publicaciones.unirioja.es](http://publicaciones.unirioja.es)

E-mail: [publicaciones@unirioja.es](mailto:publicaciones@unirioja.es)

# Trabajo de fin de grado

---

La dimensión sexual y afectiva de las  
personas con discapacidad física y sensorial.

---

*Alumna: Amaia Echarri Redondo*

*Tutora: Neus Caparrós Civera*

El siguiente trabajo se trata de un estudio de revisión e investigación bibliográfica, donde se ha pretendido ahondar en la dimensión afectiva y sexual de las personas con discapacidad física y/o sensorial. Además, se lleva a cabo un análisis del estigma y los prejuicios que se forman alrededor de este tema. Habla también de las necesidades interpersonales de las personas, donde se incluyen las necesidades de afecto, así como de la importancia de la autoestima, y aceptarse y quererse a uno mismo. Se realiza un recorrido por la historia del concepto de discapacidad y sus significados, además de la sexualidad y todo lo que ello engloba. Se hace referencia a la diversidad de los cuerpos y de las capacidades. Más aún, se trata el tema de la mujer con discapacidad, siendo ésta una de las más afectadas y oprimidas por la sociedad. Finalmente, se desarrolla la función del trabajo social, y el papel que tiene para combatir esta necesidad o problemática de las personas con discapacidad.

Palabras clave: Diversidad funcional, Sexualidad, Barreras sociales, Necesidades interpersonales, discriminación.

The following work is a documentary and bibliographical study which delves into the affective and sexual dimension of people with physical and / or sensorial disabilities. Moreover, it analyzes the stigma and prejudices that are formed around this subject. It also speaks of people's interpersonal needs (including the need for affection), as well as the importance of self-esteem, acceptance and self-love. This work takes a tour through the history of the concept of disability and its various meanings, as well as sexuality and all that it encompasses. It refers to the diversity of bodies and capacities. Additionally, it discusses the issue of women with disabilities, as this is one of the groups most affected by stigma and oppressed by society. Finally, this investigation presents the function of social work and the role it plays in addressing the needs of people with disabilities.

Key words: Functional diversity, Sexuality, Social barriers, Interpersonal needs, discrimination.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. LA DISCAPACIDAD O DIVERSIDAD FUNCIONAL	5
1.1. Evolución del concepto	5
1.2. Evolución del término	7
1.3. Datos y estadísticas nacionales	8
2. DIMENSIÓN SEXUAL Y AFECTIVA ¿ES IGUAL PARA TODOS Y TODAS?	10
2.1. Afectividad	10
2.2. Sexualidad	11
2.3. Salud sexual	15
2.4. Normativa y derechos sexuales	17
3. LA AFECTIVIDAD ¿NECESIDAD DEL SER HUMANO?	22
3.1. Necesidades interpersonales	22
3.2. Figuras de apego	25
3.3. Profesionales y asistencia sexual	26
4. ESTIGMA, ACTITUDES Y AUTOESTIMA ¿BARRERAS SOCIALES?	27
4.1. El estigma	28
4.2. La actitud ante la sexualidad	29
4.3. La autoestima	31
4.4. Mitos y prejuicios	33
4.5. Algunas diferencias en el ámbito sexual de las personas con discapacidad, y las personas sin discapacidad	35
5. MUJER Y DISCAPACIDAD: ¿DOBLE DISCRIMINACIÓN?	37
6. PAPEL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL	40
7. CONCLUSIONES	42
8. BIBLIOGRAFÍA	44

## INTRODUCCIÓN

Antiguamente, la sexualidad solamente está asociada a la procreación. Es decir, solo se reduce a la práctica de ella con el objetivo de formar una familia y siempre con el cónyuge. A las personas con discapacidad se les veta de este derecho, y no se les permite ni casarse ni tener hijos, y mucho menos mantener relaciones sexuales.

Todo eso ha cambiado, y ahora se aboga por una “normalización” en el tema; sin embargo, aún queda mucho trabajo que hacer, puesto que aún no se dan pautas ni se habla abiertamente de ello. Por eso podríamos considerar un avance pasar de la represión a la prescripción y práctica.

Si nos remontamos históricamente a los años 50 y 60, es difícil ver a personas con discapacidad relacionarse con alguien más allá de familiares o profesionales. Éstas no tienen vidas independientes, y viven en su casa familiar, en residencias o instituciones; por lo tanto, es casi imposible crear un vínculo afectivo- sexual.

En los años 60 y 70 se crean las primeras políticas de normalización e integración. En 1971 se garantiza por ley los derechos sexuales de las personas con discapacidad intelectual, mediante la Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental (M. Whitehouse y M. McCabe, 1997, pág. 229).

En los años 80 y 90 se establecen programas de educación sexual para personas con discapacidad, en los que se les informa y enseña a prevenir riesgos. Éstos están asociados a la actividad sexual con diversidad funcional y a la explotación sexual. Se forma una concienciación de la cruda realidad que supone los abusos sexuales hacia estas personas; y a raíz de esto se conlleva a la protección y educación en el tema.

Sin embargo, todos estos programas, leyes, o intervenciones, están asociados a prevenir riesgos. No se educa en disfrutar o vivir la sexualidad como tal. Actualmente, tampoco tenemos completa conciencia de esto, ni se educa en diversidad sexual independiente a la procreación o a ese “uso funcional”.

En el siguiente trabajo, se ha recopilado información acerca de la dimensión sexual y afectiva de las personas con diversidad funcional. En primer lugar, se explica qué es la discapacidad y las modificaciones que ha sufrido su terminología y significado, a lo largo de la historia; además, se muestran los datos y estadísticas más actuales a nivel nacional.

En segundo lugar, se ha procedido a explicar la sexualidad, e intentar profundizar todos los ámbitos que su significado abarca. En este punto se hace mención a la salud sexual, y se exponen los derechos sexuales de las personas con discapacidad.

En tercer lugar, se habla de las necesidades interpersonales que tienen las personas en general, y se explica de qué manera las viven las personas con discapacidad, y si les es más fácil o no cubrir las, y porqué. En este punto se hace especial mención a las figuras de referencia y de apego, como la familia, amistades, o profesionales.

El punto esencial del trabajo, y mi motivación para realizarlo, es el cuarto punto: el estigma y las barreras sociales y personales. La mayor discapacidad está en la mente y pensamiento de algunas personas, por ello veo conveniente explicar que la mayor limitación que tienen estas personas, bajo mi punto de vista, es una construcción social. Así que en este punto analizaré qué hay de verdad en esa afirmación, analizando temas como el estigma, la autoestima, los mitos...

Se le ha querido dar especial importancia a las mujeres con discapacidad, puesto que podrían ser las más afectadas, teniendo en cuenta que hoy en día ser una mujer y tener discapacidad puede ser una doble discriminación social. También se tiene muy en cuenta la violencia de género en este punto, puesto que las mujeres con discapacidad son más vulnerables a sufrirla.

Finalmente, se ha querido ahondar en la función o papel del Trabajo Social en este tema, y en el abordaje a esta dificultad que podría suponer la “invisibilidad” social de las necesidades sexuales y afectivas de las personas con discapacidad. Este es un punto importante, puesto que estamos trabajando duramente para alcanzar nuestra meta que es ser trabajadores sociales, así que cualquier aproximación a esta profesión será de gran ayuda para nuestro futuro profesional.

Después de la exposición de los campos más relevantes para considerar la dimensión afectiva- sexual de las personas con discapacidad, y como ésta afecta a la sociedad, o, mejor dicho, como la sociedad afecta a ésta; se llega a las conclusiones, y exponer mi valoración personal.

## **Justificación**

El motivo por el que he querido centrar mi trabajo de fin de grado sobre el tema que da título al mismo, es por el desconocimiento social que existe, porque precisamente ese desconocimiento es el que enriquece mi interés y mis ganas de indagar en el tema.

Teniendo en cuenta que la sexualidad en general, y más aún en personas con discapacidad, ha estado siempre más orientada a la prevención de riesgos, he querido centrar el tema en personas con discapacidad física y/o intelectual, donde la desinformación y la falta de comprensión de lo que la sexualidad engloba, no sea una barrera. Sin embargo, considero que en la sociedad sí que existe esa barrera de desinformación y falta de comprensión de lo que la sexualidad engloba, y simplemente existen algunos grupos o minorías sociales que la sociedad estigmatiza, y no se tiene en cuenta ni se plantea sus necesidades afectivo-sexuales y su forma de vivirlas.

Todas las personas (o casi todas), pasaremos por discapacidades físicas a lo largo de nuestra vida; algunas leves (dolor de espalda), otras más graves (accidentes de tráfico), algunas permanentes (tetraplejia) y otras no (romperse algún hueso), sin embargo, todas podemos ser víctimas de esta realidad a lo largo de nuestra vida, y es precisamente por eso por lo que he querido “ponerme en la piel” de estas personas y conocer su realidad más a fondo.

Las personas con discapacidad pueden tener más limitaciones y menos oportunidades que las personas sin discapacidad, aquí encontramos las famosas barreras físicas. Sin embargo, algo mucho más potente está influyendo, las barreras mentales: ya sea las personales, como las sociales, internas o externas. Estas personas están condenadas a que se les vea siempre desde un prisma de lástima.

¿Aceptamos por igual todo lo que se refiere a afectos en todas las discapacidades? Sentimos



lastima o “empatía” por una persona en silla de ruedas, pero, ¿humanizamos a esa persona? ¿Podemos empatizar con que esa persona quiera mantener relaciones sexuales, pero no sepa cómo, no tenga tantas facilidades o no tenga la libertad social de reivindicar ese deseo o necesidad?

He intentado buscar respuesta a estas preguntas, y reflejarlo en el siguiente estudio. Como dice Agurtzane Ormazá: *“El manido tema de la sexualidad, tantas veces explicado y tan pocas veces explicado”*.

### **Objetivos generales:**

- ✓ Analizar la dimensión afectivo-sexual en las personas con discapacidad física y/o sensorial.

### **Objetivos específicos:**

- ✓ Estudiar la evaluación del concepto de discapacidad a lo largo de la historia.
- ✓ Definir la sexualidad y afectividad, y explorar esta dimensión en personas con discapacidad.
- ✓ Examinar la problemática social, los prejuicios, el estigma y barreras mentales y sociales que se generan en base a las personas con discapacidad y su sexualidad y manera de vivirla.
- ✓ Definir las necesidades interpersonales de las personas, y sus referentes y figuras de apego.
- ✓ Indagar sobre la situación de la mujer con discapacidad y la violencia de género.
- ✓ Conocer la función del trabajador/a social

En cuanto a la **metodología**, se trata de un trabajo de revisión e investigación bibliográfica, en el que se ha recogido análisis y testimonios de diversos autores y autoras para conseguir la máxima información contrastada y relevante a cerca de los diferentes temas que se formulan en el trabajo. Para ello, se ha procedido a la lectura de obras, artículos, programas,

leyes, estadísticas; así como el visionado de alguna película o documental; y la recogida de testimonios de algunas personas cercanas al tema.

## **1. DISCAPACIDAD O DIVERSIDAD FUNCIONAL**

### **1.1. Evolución del concepto**

Históricamente, el concepto y el significado de la discapacidad tiene varias lecturas. Por ello, encontramos distintos modelos explicativos que han ido evolucionando a lo largo del tiempo, intentado fundamentar la discapacidad y darle soluciones en diferentes ámbitos y desde diversas perspectivas; que han tenido y tienen una notable influencia en las políticas sanitarias y sociales, así como en el quehacer de las instituciones y la sociedad en general (Céspedes, 2005)

Modelo de prescindencia: Su origen tiene motivos religiosos, los cuales conciben a las personas con discapacidad como una carga para la sociedad, y que se debe a un castigo de los dioses y un problema merecido. Se margina a estas personas, y se piensa que su vida no merece la pena.

Modelo médico: Surge después de la II Guerra Mundial. Se empieza a considerar que la discapacidad tiene una causa científica, y se dice que es un problema de la persona. Se considera la discapacidad como una enfermedad, según Imsero (s.f) el objetivo de este modelo es establecer una serie de estrategias compensatorias capaces de paliar estas enfermedades. Apuesta por poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias para cada persona, postulando una adaptación de la persona con discapacidad a las demandas y exigencias de la sociedad y obviando los cambios o adaptaciones que debe realizar el medio social para facilitar su inclusión y participación.

Modelo social: Tiene su origen en la izquierda freudiana, en los pensadores seguidores de Freud y Marx. Aparece en Viena en los años treinta el movimiento juvenil Sex-Pol (Sexualidad y política), movimiento que defiende que la revolución sexual es una condición necesaria de la revolución social. Este modelo propone que la causa es de ámbito social. Es decir, que el entorno y la sociedad son las limitaciones, no la persona.

Modelo Bio- Psico- Social: El Modelo Bio – psico – social nace con el objeto de completar los modelos anteriores, puesto que, sin negar que hayan obtenido bastantes logros, no han sido capaces de resolver todas las problemáticas inherentes a la discapacidad (Imsero, s.f). Con este modelo se pueden establecer relaciones entre los distintos niveles (biológicos, personales y sociales) que poseen las personas con discapacidad, para poder elaborar estrategias específicas y personalizadas.

Este modelo también trata de evitar la marginación y estigmatización. Lo que persigue es incluir a las personas con discapacidad dentro de la sociedad y minimizar las diferencias existentes (Fernández De Larrinoa, 2011 citado en Hueta, 2013, p. 20)

Modelo Político- activista (de las “minorías colonizadas”: Este modelo se centra en luchar por los derechos de las personas con discapacidad. Se hace visible al colectivo de personas con discapacidad como una minoría discriminada por la sociedad. Como dice Hueta (2013, p. 19): “Es la sociedad quien no da la talla, no las personas con discapacidad”.

Modelo universal: El modelo Universal plantea la discapacidad como un hecho universal, como una característica intrínseca en las personas (Zola, 1989, citado en Hueta, 2013) Todas las personas estamos en riesgo de tener una discapacidad, por lo que es necesario que la sociedad de una respuesta a ello (Muñoz, 2010)

Modelo de la diversidad funcional: Este último modelo quiere completar los modelos anteriores. Su objetivo es dar solución a la discriminación. Cambia el término de discapacidad por el de diversidad funcional. Y tiene en cuenta los principios de dignidad humana y diversidad; los mismos derechos humanos y el mismo valor moral.

No se centra en las capacidades funcionales, sino que indica que las personas con discapacidad tienen control sobre sus propias vidas, y por ello, acceso a sus derechos, y las mismas oportunidades que una persona sin discapacidad (Hueta, 2013).

## 1.2. Evolución del término

A lo largo de la historia, la terminología de discapacidad o diversidad funcional sufre diversas modificaciones, por la preocupación que hay en encontrar un término común para unificar todas las discapacidades. Muchos términos como anormal, subnormal, minusválido, discapacitado o deficiente, son utilizados en su momento; sin embargo, hoy en día podríamos considerarlos ofensivos.

La diferencia entre esos nombres y los que finalmente se han considerado apropiados, está en poner el acento en la deficiencia como el origen de los problemas de discapacidad (personas con...), o, por el contrario, centrarlo en la dificultad para la ejecución de una actividad en la vida diaria (AAMR, 2002).

Durante la 54ava Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud presenta la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF) en la que plantea un entendimiento bio-psico-social de la salud que pretende tomar en consideración la multidimensionalidad de la discapacidad para generar una comprensión completa y una mejor práctica clínica (Diego, Moreno y Buñuales, 2002).

La OMS, clasifica la situación de tener una discapacidad en tres niveles: deficiencia, discapacidad y minusvalía. Se refiere a cada una como la consecuencia de la anterior:

- La **deficiencia**, es la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- La **discapacidad**, se refiere a toda la restricción o limitación debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad.
- La **minusvalía**, describe la situación desventajosa a causa de la discapacidad.

Mientras que las dos primeras se refieren a clasificaciones objetivas y jerárquicas, el término de minusvalía se centra en el contexto (CIF, 2001).

Finalmente, según el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, del procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, todas las referencias y

terminologías anteriormente nombradas, pasan a unificarse en un solo término: Personas con Discapacidad.

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), una persona con discapacidad es: “una persona que no puede realizar ciertas actividades debido a la alteración de sus funciones intelectuales o físicas”.

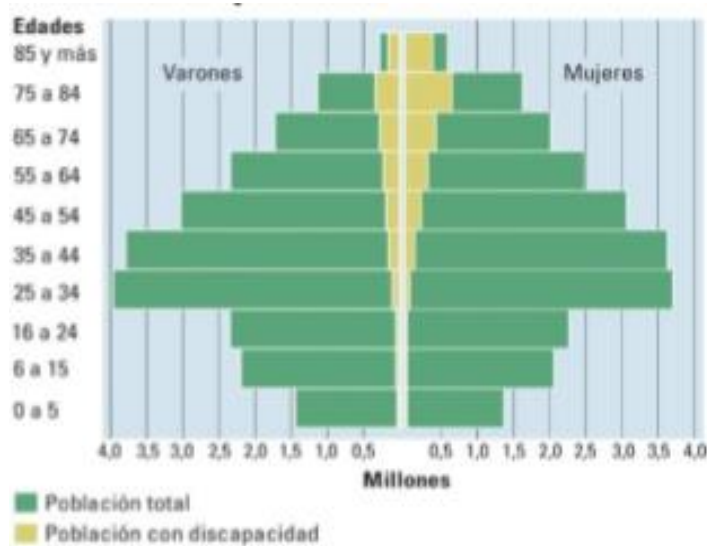
Todo ser humano tiene unas capacidades y limitaciones diferentes, y lo que es más importante, cambiantes. El psiquiatra José Luis Vázquez- Barquero (2006), afirma que “no hay individuos discapacitados, sino personas con déficit que tienen otras potencialidades que pueden ser, si son convenientemente tratadas, superiores a la media.” Además, y siguiendo esta línea, apunta que “todas las personas somos limitadas y podemos ser discapacitadas en algún momento de nuestra vida.”

### **1.3. Datos y estadísticas nacionales**

Los datos del número de personas con diversidad funcional, según comenta la Comisión Europea (2010; p.3), es el siguiente: “una de cada seis personas de la Unión Europea tiene una discapacidad leve y grave, lo que suma unos 80 millones de personas que no pueden participar plenamente en la sociedad y la economía a causa de barreras físicas y de la actitud del resto de la sociedad”.

En 2008, a través del INE con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social y el sector de la discapacidad, a través de la Fundación ONCE, del CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y la FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual), se llevó a cabo la encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, a partir de ahora (EDAD-2008).

Figura 1: Pirámide de Edad. España, 2008



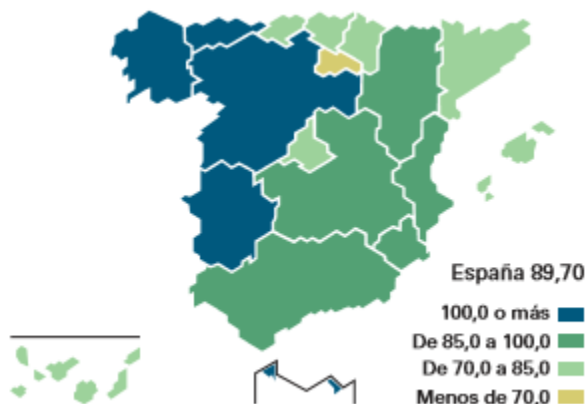
En España 1 de cada 10 personas tienen discapacidad (INE 2008).

En el gráfico podemos observar cómo a medida que la edad de la población aumenta, aumenta también el porcentaje de personas con discapacidad.

Fuente: INE, 2008

También podemos observar que hay mayor número de mujeres que padecen algún tipo de diversidad funcional (59,8%) de la población total según el INE siendo esta considerablemente importante en la franja de los 75 a los 84 años.

Figura 2: Tasas de discapacidad (Personas de 6 y más años con discapacidad por mil habitantes)



Según los datos recogidos en 2008, en España la comunidad autónoma con más porcentaje de personas de seis y más años con discapacidad es Melilla, con un 11,86 %; seguida por Ceuta y por Galicia, con un 11,32 % y 11,29%, respectivamente.

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, 2008, p. 3)

Las comunidades que presentan un menor porcentaje son La Rioja con un 6,16%, Cantabria con un 7% y las Islas Baleares, con un 7,1%.

## **2. DIMENSIÓN SEXUAL Y AFECTIVA ¿ES IGUAL PARA TODOS Y TODAS?**

### **2.1. Afectividad**

La afectividad es según Gómez Zapiain (2004, p. 7), “un conjunto de afectos, sentimientos y emociones propios de la experiencia humana, tales como el amor, el enamoramiento, el cariño, la ternura, el erotismo, el apego, el sentimiento de intimidad, etc. También existirían otros afectos, como el sentimiento de culpa, la vergüenza, el miedo, la rabia, el odio, etc.”.

Según el Centro de Documentación y Estudios SIIS (2012, p. 9) existen cuatro características que son básicas a la hora de poner un límite a la afectividad.

- Es un estado subjetivo, personal e interior, en el que el protagonista es la propia persona.
- Es algo experimentado de manera personal por la persona que lo vive.
- Tiene tres expresiones (emociones, sentimientos y afecto) propias de la experiencia humana: el amor, el cariño o la ternura; pero también el odio, la vergüenza o la rabia.
- Toda experiencia tiene un componente afectivo y deja una huella que persiste en la historia vital del individuo.

Por otro lado, Lewis (S.F citado en Larrú y Ramos, 2008, p. 3) define el afecto como “el amor más humilde (...). Es modesto, discreto y pudoroso. Habitualmente son necesarios la ausencia y el dolor para que podamos alabar a quienes estamos ligados por el afecto”.

En definitiva, podemos decir que la afectividad es la relación de sentimiento, afecto y emoción que tenemos con los demás, en la que no interesan tanto las acciones que se llevan a cabo, como la voluntad que se pone a la hora de hacerlas. Toda experiencia tiene un componente afectivo y deja una huella que persiste en la historia vital del individuo.

## 2.2. Sexualidad

“¿Por qué el tema de la sexualidad de las personas con discapacidad produce ansiedad en tantas personas sin discapacidad? ¿Por qué esa sexualidad ha de ser un problema para los demás? ¿Por qué la combinación de invalidez y sexualidad ha de ser vista por los demás como algo especial?” Fernando Cardenal (1998)

Chigier (citado en Cardenal, 1998), nos da la respuesta a esas preguntas, basándose en un principio que él llama la doble conflictividad de la asociación sexo-discapacidad. Este principio lo basa en la idea (o afirmación según el autor) de que todos los temas que rondan la sexualidad, son siempre delicados, conflictivos, cuando no tabús, considerados como algo especial, problemático, que requiere un tratamiento específico. Y, puesto que la discapacidad, o los impedimentos funcionales son considerados como algo que se sale de lo ordinario, la asociación sexo-discapacidad es considerada conflictiva.

La Sexualidad, es estudiada por la Sexología; ésta es una disciplina científica que se empieza a desarrollar hace relativamente poco tiempo, a pesar de que desde siempre ha sido un tema vigente en la sociedad. La OMS (2002) define la sexualidad como:

“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

En base a esta definición de la OMS, podemos afirmar que la sexualidad no es sólo el sexo, ni la simple genitalidad; la sexualidad va mucho más allá. Es una parte de la personalidad que acompaña al ser humano desde que nace hasta que muere y, por tanto, es dinámica y se desarrolla en diferentes etapas, además de que tiene diferentes manifestaciones e interpretaciones.



Por otro lado, la definición nos hace partícipes de que la sexualidad y la definición de ésta, está influenciada por el medio y la sociedad, y en el momento en que esta dimensión, estigmatizada por la sociedad (que explicaremos más adelante), se analiza en personas con diversidad funcional, se crean diversos prejuicios y mitos que muchas veces atentan contra la idea y el derecho de que las personas vivan su sexualidad libremente.

Por otro lado, otro autor que ha puesto el acento en la definición de la sexualidad, es Andrei Urosa (2012) quien nos habla de un nuevo elemento que entra en acción cuando se habla de sexualidad: el hecho sexual humano. Un proceso que nos ayuda a hacernos seres sexuados y a vivir y expresarnos como tales, el cual se basa en tres elementos: el sexo o sexuación, la sexualidad y la erótica. Pero el Centro de Documentación y Estudios SIIS (2012), nos habla de un cuarto elemento, la amatoria.

Agurtzane Ormaza (2004), Psicóloga- terapeuta sexual, en la obra “La sexualidad: factor clave de la relación social” nos define los cuatro términos:

- ❖ El sexo: En sexología se refiere al hecho de ser un hombre o una mujer (entendiendo el género como binario), es decir, sexo femenino o masculino. Estos sexos se van construyendo a lo largo de la vida, y nos vamos sexuando como hombres o como mujeres.
- ❖ La sexualidad: Tiene que ver con cómo se siente una persona por el hecho de ser un hombre o una mujer, y como lo vive en su día a día. Así pues, afirmamos que la sexualidad está implícita en todos y todas nosotras, y todo lo que hacemos y cómo nos relacionamos con el entorno, solo por el simple hecho de ser personas, somos seres sexuados.
- ❖ La erótica: Es el cúmulo de deseos, sensaciones, emociones que tienen hombres y mujeres.
- ❖ La amatoria: Es como la manifestación o ejecución de la erótica; la forma, gestos, o recursos que se utilizan para realizar esos deseos.

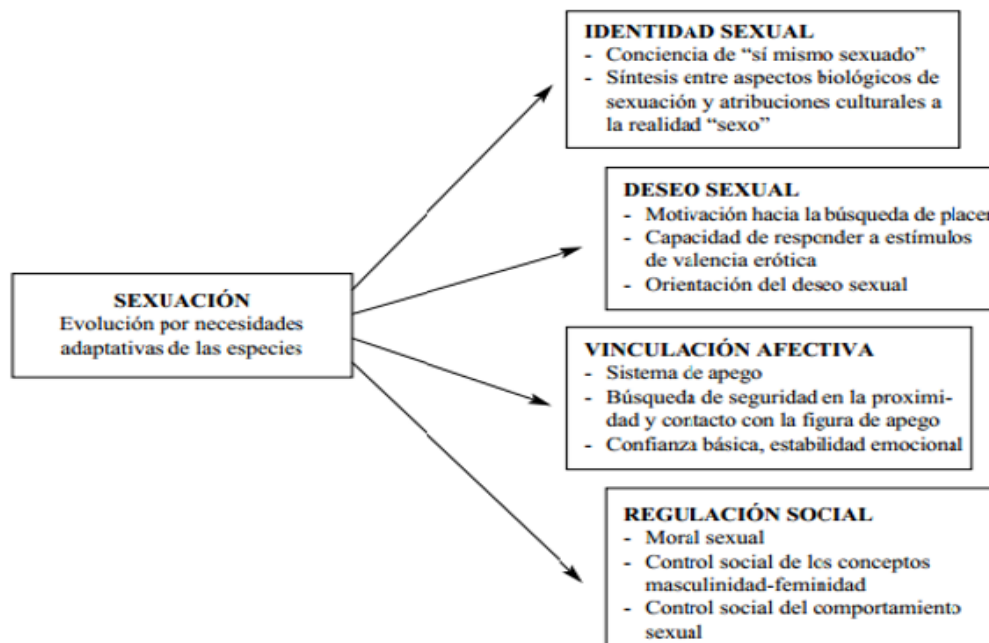
Figura 3: Cuadro resumen de los elementos del Hecho Sexual Humano

CUADRO RESUMEN DEL HECHO SEXUAL HUMANO		
<b>SEXO</b>	Algo que se es	Procesos de sexuación
<b>SEXUALIDAD</b>	Algo que se siente	Vivencias
<b>ERÓTICA</b>	Algo que se desea	Deseos
<b>AMATORIA</b>	Algo que se hace	Conductas

Fuente: García y de Dios, 2007, p.23

Hay que tener en cuenta que los cuatro elementos son esenciales en la vida de las personas, y que el conjunto de ellos es un proceso de aprendizaje que nos ayuda a construir nuestra propia identidad, a la vez que influye en la manera en que nos vemos a nosotros mismos y nos relacionamos con los demás (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2012).

Figura 4: Esquema de los elementos relacionados con la sexuación



Fuente: Gómez Zapiain, 2000, p. 43

En la figura 4, podemos observar los diferentes elementos que influyen en la sexuación de una persona; siendo en primer lugar la identidad sexual, el cómo nos vemos a nosotros mismos; seguido del deseo sexual, de la motivación sexual y la búsqueda del placer. En tercer lugar, se encuentra la vinculación afectiva, el sentirse seguros al lado de la otra persona y, por último, se encuentra la regulación social, “el reparto de las funciones en función de la variable sexo” (Gómez, 2000, p. 42)

Es decir, el sexo se refiere a algo que viene dado, una cadena de niveles (genéticos, gonadales, genitales, hormonales y biográficos) que nos hace seres únicos e irrepetibles. En cambio, la sexualidad se refiere al conjunto de relaciones que personas establecen entre sí y con el mundo, por el hecho de tener un cuerpo sexuado. Es la manera de vivir el sexo, el lenguaje interno, pudiendo ser la sexualidad de una persona emocional, física o cognitiva (Marcé, 2013):

- ❖ La sexualidad emocional, es aquella que tiene que ver con los sentimientos acerca de uno/a mismo/a y los demás: dolor, placer, amor, odio, tacto físico...
- ❖ La sexualidad física, es aquella que tiene que ver con el tacto, la cercanía física y la expresión sexual.
- ❖ La sexualidad cognitiva, es aquella que tiene que ver con actitudes mentales, el comprenderse a uno/a mismo/a.

Por otro lado, Agurtzane Ormazza (2004) nos presenta las dimensiones de la sexualidad humana: Estas dimensiones se interrelacionan entre sí a lo largo de la vida de las personas; teniendo siempre en cuenta el momento vital y social en el que vivan.

- Dimensión relacional: Aquello con lo que la sexualidad tiene interacción o comunicación, incluso cuando la persona siente que no se comunica, lo está haciendo constantemente.
- Dimensión recreativa: Es la perspectiva más gozosa de la sexualidad: tiene que ver con todo aquello que provoca placer, bienestar, fantasía, placer...

- Dimensión reproductiva: Es aquella que tiene que ver con el hecho conceptivo o procreativo, en la cual se ve la sexualidad con un medio para conseguir un fin: la maternidad y/o la paternidad.

### **2.3. Salud sexual**

Según la OMS, la salud sexual, es el estado general de bienestar físico, mental y social asociado con la sexualidad, y no la ausencia de enfermedad. Se refiere a que las personas puedan disfrutar de una sexualidad plena y satisfactoria independientemente del deseo de procrear; puesto que entendemos la sexualidad como un fin en sí mismo, una forma de comunicación, convivencia y afecto.

“Requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (Definición de la OMS, tomada en 2002, por la Plataforma de Acción de Beijing, 1995).

Es decir, la salud sexual no se limita a la ausencia de enfermedad, o a prevenir enfermedades o embarazos no deseados. Ésta se refiere a la capacidad de aceptar y disfrutar de la sexualidad a lo largo de nuestra vida, teniendo en cuenta la salud física y emocional.

Ser sexualmente saludable, es un término muy amplio que abarca diversas disciplinas. Interioriza la sexualidad como un acto o forma de vida natural, y entiende que implica más que un comportamiento sexual. Reconoce y respeta los derechos sexuales, el acceso a la información, atención y educación sexual, tiene en cuenta los riesgos que conlleva y prevenirlos, la importancia de experimentar placer y satisfacción sexual, y, por último, ser capaces de comunicar de manera abierta y natural acerca de la educación sexual.

Por otro lado, la salud reproductiva, se refiere a la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria con el fin de procrear, es decir concibiendo la sexualidad

como un medio para conseguir un fin, reproducirse. Teniendo en cuenta la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo (De España, 2010).

### 2.3.1. Criterios de salud sexual y de conducta sexual saludable (García, 2010):

Los criterios de salud sexual, se refiere a analizar las limitaciones para decidir o juzgar cuál es una conducta sexual saludable y evitar los riesgos.

Teniendo en cuenta que las conductas sexuales forman parte de las necesidades interpersonales imprescindibles, negar o limitar la práctica de éstas, siempre que no supongan un acto destructivo para la salud, sería estar prohibiendo o negando un derecho fundamental de la persona.

- Criterio subjetivo: Vivir o percibir la conducta sexual cómo adecuada. No hay salud sexual si no te sientes bien, o la sientes como saludable.
- Criterio de pareja: La pareja sexual tiene que consentir y vivir cómo adecuada la conducta. Este criterio puede ser más difícil porque implica a otra persona y las necesidades o gustos de ésta.
- Criterio científico: Estar informadas de riesgos clínicos. Tanto de las conductas que si son saludables y pueden pensar que están mal, como la masturbación. Cómo de las no saludables que no perciben su carácter destructivo. Es decir, ayudar al bienestar, no solo prevenir; de esta manera, también se ocupará de disfunciones, anorgasmias, o problemas para llegar a conseguir placer y bien estar sexual.
- Criterio legal: Esta es la conducta no penalizada por la ley.

Más concretamente para personas con discapacidad física o sensorial, es decir que no conlleve limitaciones “mentales”, de juicio, o libre elección, hay que tener en cuenta:

- ✚ Aceptar la discapacidad y sus limitaciones
- ✚ Reconocer el derecho a resolver las necesidades de intimidad emocional y sexual.
- ✚ Vencer las resistencias de la persona con discapacidad, su pareja, o su familia.
- ✚ Evaluar las formas más adecuadas de interacción o estimulación sexual
- ✚ Informarles de las limitaciones y posibilidades en el campo de la sexualidad
- ✚ Ofrecerles ayudas conductuales, farmacológicas e instrumentales
- ✚ Facilitarles la consecución de todos sus derechos, incluso el de tener hijos.

(López, 2002).

## **2.4. Normativa y derechos sexuales**

Respecto a la normativa de discapacidad, cabe destacar a nivel Internacional la “Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad”, cuyo propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas” (ONU, 2006, p.4)

Además, el 13 de diciembre de 2006, y tras un proceso de elaboración de cinco años, es adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que prevé medidas, tanto de no discriminación como de acción positiva, que los estados deberán implantar para garantizar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de sus derechos en igual de condiciones

que las demás personas. También la Unión Europea aprueba la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 que incluye objetivos estratégicos como: accesibilidad, participación, igualdad, empleo, educación y formación, protección social, sanidad, etc.

Supone la consagración del cambio de paradigma del enfoque de las políticas sobre discapacidad, tratando de superar la perspectiva asistencial para abordar una perspectiva basada en los derechos humanos, considerando a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como objetos sólo de tratamiento y protección social.

La OMS define esta Convención como “una fuente de placer, salud, bienestar, comunicación y comprensión que genera en las personas actitudes positivas ante sí mismo y ante los demás. Para ello la sexualidad debe suponer una parte integrante del desarrollo psicoafectivo y psicoevolutivo, por lo que el desarrollo íntegro de las personas conlleva la aceptación del ser humano como ser sexuado”.

En el artículo 3 de la Convención se resaltan los siguientes principios generales:

- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- La no discriminación.
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
- La igualdad de oportunidades.
- La accesibilidad.
- La igualdad entre el hombre y la mujer.
- El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

La Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China; citado en Hernáiz y Márquez, 2011, recogió la declaración de los derechos sexuales, aclarando que son derechos humanos universales, basados en la libertad, la dignidad e igualdad inherentes en todos los seres humanos. Su intención es asegurar el bienestar sexual y saludable, y para ello, la sociedad debe reconocerlos, respetarlos, ejercerlos, promoverlos, y defenderlos.

### **Derechos sexuales**

1. *Derecho a la libertad sexual*: Establece la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos y excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier etapa y situación de la vida
2. *Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo*: Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual en un contexto de ética personal y social; están incluidas también la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación o violencia de cualquier tipo.
3. *Derecho a la privacidad sexual*: Legitima las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran con los derechos sexuales de otros.
4. *Derecho a la igualdad sexual*: Se opone a cualquier forma de discriminación relacionada con el sexo, género, preferencia sexual, edad, clase social, grupo étnico, religión o limitación física o mental.
5. *Derecho al placer sexual*: Prerrogativa al disfrute y goce sexual (incluyendo el autoerotismo), fuente de bienestar físico, intelectual y espiritual.
6. *Derecho a la expresión sexual emocional (ternura, amor)* Abarca más allá del placer erótico o los actos sexuales y reconoce la facultad a manifestar la sexualidad a través de la expresión emocional y afectiva como el cariño, la ternura y el amor.
7. *Derecho a la libre asociación sexual*: Permite la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse o de establecer cualquier otro tipo de asociación sexual responsable.



8. *Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables*: comprende el derecho a decidir tener hijos o no, el número y el tiempo a transcurrir entre cada uno, y el acceso pleno a los métodos para regular la fecundidad.

9. *Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico*: demanda que la información sexual sea generada a través de procesos científicos y éticos, que sea difundida de forma apropiada y que llegue a todas las capas sociales.

10. *Derecho a la educación sexual integral (durante toda la vida)*: solicita la impartición de la educación sexual durante toda la extensión de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, y exhorta a la participación de todas las instituciones sociales.

11. *Derecho a la atención de la salud sexual*: conlleva la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones, enfermedades y trastornos sexuales.

Contar con los derechos sexuales y afectivos, supone amparar a las personas con discapacidad bajo un marco legal en el que éstas puedan ejercer sus derechos sexuales y afectivos, permitiendo la posibilidad de ir acompañados, vivir determinadas situaciones de aprendizaje e integrar la dimensión afectiva-sexual a su ser personal y social a lo largo de las etapas de su vida (Sánchez, 2013).

A nivel Nacional es de especial relevancia el “Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social” (BOE, 2013), el cuál recoge el marco legislativo de varias leyes que han quedado “derogadas como tales” (BOE, 2013, citado en Estenaga, 2014, p. 9)

A nivel internacional, está el marco legal de la “Carta de los Derechos Sexuales” de las personas con discapacidad de Sha’ked (1981 en Torices y Ávila, 2007). Cuyos derechos son:

- Derecho a la expresión de su sexualidad: fantasías, masturbarse, decidir si tienen relaciones sexuales o no.
- Derecho a enseñar a respetar su cuerpo y que hay conductas que deben hacerse en privado y otras no.
- Derecho a jugar con la imaginación para buscar nuevas sensaciones de placer a través del oído, tacto, olfato, gusto y vista.

- Derecho a la intimidad: formar una persona capaz de tomar sus propias decisiones coherentes y responsables.
- Derecho a información sobre su sexualidad: buscar medios para que la persona viva su sexualidad de forma satisfactoria.
- Derecho a acceder a los servicios de salud: programas de atención a la salud sexual (prevención ITS, asesoría métodos anticonceptivos, ejercicio de la maternidad/paternidad, asesoría genética y sexo-terapéutica...)
- Derecho a escoger el estado civil que les convenga: miedo a no adquirir las habilidades necesarias.
- Derecho a la paternidad/maternidad: informar y explicar sobre las dificultades.
- Derecho a desarrollar sus potencialidades: posibilidad de tener una vida de adulto de calidad.

Algunos derechos afectivos y sexuales concretos de las personas con discapacidad son (López, 2011):

- ❖ Derecho a la integridad y propiedad de su cuerpo, de forma que nadie les instrumentalice o abuse sexualmente de ellos. Deben ser conscientes de que son dueños de su cuerpo y sólo deben realizar cosas que a ello/as les guste e interese sino se violarían derechos más fundamentales (como el de la libertad).
- ❖ Derecho a recibir educación afectiva y sexual en la familia y formación en los centros, colaborando familias y centros para que, por un lado, puedan aprender a defenderse de posibles abusos y a pedir ayuda cuando la necesiten y, por otro, puedan conocer su cuerpo, sus emociones, sentimientos y afectos, aprendiendo a relacionarse con los demás de forma adecuada. Este derecho es básico y con este trabajo se pretende conocer las posturas que toman padres/tutores y trabajadores de centros o cuidadores con respecto al tema.
- ❖ Derecho a tener la vida sexual y afectiva que deseen y sea posible, según sus características personales, con la ayuda de la familia o tutores legales y los profesionales. Esta puede ser muy diversa según las características de cada persona

con discapacidad y según la disposición de la familia o tutor legal para afrontar esta temática.

En base a estos derechos podemos comprobar cómo las herramientas para la igualdad de oportunidades y de derechos están más que vigentes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el derecho no es una palabra mágica y que la base se encuentra en cambiar el pensamiento. Es decir, la teoría la sabemos, pero, ¿y la práctica?

### **3. LA AFECTIVIDAD ¿NECESIDAD DEL SER HUMANO?**

#### **3.1. Necesidades interpersonales**

“Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades interpersonales que el resto de la población, pero pueden encontrar limitaciones personales (en sus propias limitaciones) o sociales (en prejuicios y forma de organización social) para resolverlas” (López, 2000).

Las necesidades interpersonales se refieren a la manera de desenvolverse y relacionarse que tiene el ser humano con sí mismo o con los demás.

Se destacan tres necesidades interpersonales imprescindibles para el favorable desarrollo social y cognitivo de la persona (López, 2002): la seguridad emocional y la autoestima; la red de relaciones sociales más allá de la familia; y finalmente, el contacto e intimidad afectiva y sexual.

Es importante centrar nuestra atención en estas necesidades desde la infancia para poder desarrollarlas adecuadamente. De otra manera, podrían surgir carencias vitales a nivel emocional, relacional, físico.

### La necesidad de seguridad emocional y autoestima:

Por un lado, la autoestima se refiere a una emoción de valía o importancia frente a los demás, la manera en que nos valoramos a nosotros mismos. Es por ello que dependerá nuestra manera de actuar: la naturalidad y espontaneidad o rigidez en las relaciones, nuestro grado de miedo y nerviosismo o nuestro grado de confianza a la hora de interactuar con otras personas, nuestra capacidad para recuperarnos del rechazo y para enfrentar críticas hacia nuestra persona. En resumen, es la capacidad de amar y el sentimiento de ser amado; nadie se estima si no ha sido estimado (López, 2002).

Por otro lado, la seguridad emocional, es el sentimiento que experimenta una persona cuando se imagina a si mismo realizando una actividad y se siente cómodo y eficiente. Ese sentimiento puede determinar su manera de actuar, su entusiasmo, su iniciativa, su constancia y su manera de enfrentar errores y fracasos en dicha actividad. En resumen, el sentimiento de ser aceptado y protegido.

Se destacan en esta necesidad las figuras de apego. Éstas son aquellas que nos cuidan y nos protegen, son una puerta a la realidad que nos guían y quieren lo mejor para nosotros.

Como toda persona, las personas con diversidad funcional también pueden necesitar una serie de apoyos. Luckasson y cols (2002 citado en Valdivia, 2013, p. 12) definen los apoyos como: “recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, la educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por los profesionales y agencias”.

Las personas con discapacidad, son unas personas vulnerables al riesgo de no ser aceptados, esto dependerá obviamente de su discapacidad y de los recursos personales y sociales de la familia; es decir, de sus figuras de apego. Sin embargo, los padres y las madres, o tutores y tutoras, pueden caer en la sobre-protección o el sentimiento de culpa. Habrá que tener en cuenta la importancia de relacionarse con otras personas de apego independientemente de los familiares, como amigos y amigas o parejas. (López, 2002).

### La necesidad de una red de relaciones sociales más allá de la familia.

¿Porque es tan importante la necesidad de amistades o iguales además de la familia?

Los iguales, o las amistades, cubren otra clase de necesidades que las personas necesitan y que sus padres y madres no pueden cubrir. Especialmente es importante crear y nutrir estas relaciones desde la infancia. Estas necesidades pueden ser: necesidades lúdicas, explorar la realidad de manera más “arriesgada”, el sentimiento de pertenencia e igualdad, empezar a resolver las necesidades afectivo-sexuales, la salida del egocentrismo y la “obligación” de dar para recibir, o la adquisición de habilidades sociales como la empatía.

Las amistades, no nos ponen las mismas normas ni limitaciones que nuestros padres y madres, así que ésta es una manera imprescindible de experimentar, arriesgar y saborear la libertad con sus causas y sus consecuencias. No se sentirán ni mandados, ni sobreprotegidos, y el sentimiento de igualdad les hará salir del sentimiento de culpa o inferioridad que pueden sentir algunas personas con discapacidad.

Es importante favorecer el llamado “tercer ambiente”, esto se refiere a un entorno independiente de la familia y/o el colegio. De esta manera, hay que tener en cuenta no caer en la sobreprotección y la dependencia de la persona con discapacidad (López, 2002).

#### La necesidad de contacto e intimidad afectiva y sexual

Por último, se encuentra la necesidad de contacto e intimidad afectiva y sexual. Esto hace referencia a la búsqueda del contacto, la excitación y el placer. En resumen, a la necesidad del contacto corporal; muy ligado a la intimidad emocional, la necesidad de expresar, entender y compartir.

Sin embargo, se pueden encontrar muchas limitaciones a la hora de que una persona con discapacidad quiera satisfacer este tipo de necesidades tan íntimas y personales. Algunos de estos inconvenientes, barreras o limitaciones, son la sobreprotección de los padres y las madres, la carencia de interacción con otras personas, la falta de reconocimiento de la necesidad de intimidad sexual, o la infantilización que pueden identificar con estas personas (López, 2002).

### **3.2. Figuras de apego**

El psicólogo Albert Costa Mercé (2013), nos dice que la necesidad de un vínculo afectivo se ve latente desde el primer contacto con la realidad una vez nacido; de hecho, es este vínculo el que garantiza la supervivencia del niño. Todos los niños, y especialmente si presentan algún tipo de discapacidad, necesitan ser aceptados y protegidos, y requieren de una vinculación afectiva que les proporcione seguridad emocional.

La familia es la figura de referencia más importante para todas las personas, puesto que cubre la necesidad de seguridad emocional y autoestima (López, 2013). Es el primer “contexto socializador”, el primer entorno en el que las personas evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social. El entorno familiar es el encargado de apoyar los vínculos de apego y las experiencias que se dan en la primera infancia (Sarto, 2001)

De la Cruz comenta en su artículo “Nuevos modelos de familia y Educación Sexual” (2006) que las familias realizan educación sexual siempre, es decir, que mediante sus actos ya están educando a su familiar; cuando hablan sobre sexualidad ya están dando una serie de datos que su familiar adquiere y, cuando no hablan del tema también.

En la Educación Sexual los familiares pueden tomar dos caminos: siendo un apoyo para el desarrollo afectivo-sexual de su familiar o siendo un obstáculo (Luis Casimiro, 2014).

Es decir, cuando es un apoyo, ayudan a proteger de diversos riesgos que pueda sufrir la persona con discapacidad, o responden a aquellas dudas que su familiar les plantea acerca del tema. Este tipo de familia no tiene miedo sobre la sexualidad de su familiar, sino que le hablan de manera abierta sobre los riesgos de una mala práctica de su sexualidad y le ofrecen ayudas e información (López, 2011).

### **3.3. Profesionales y asistencia sexual**

Los profesionales, como trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas..., también pueden ser figuras de apego muy significantes en la vida de las personas con discapacidad. A través de éstos, las personas con discapacidad pueden consultar dudas más personales y específicas, por ejemplo, sexuales; e incluso desahogarse con estas personas que entenderán mejor su situación por su experiencia en el trabajo. Además, estos y estas, actúan como mediadores entre la familia y la persona con discapacidad, consiguiendo que puedan entenderse mutuamente (López, 2013).

Los profesionales deben de ser personas cercanas, figuras que sirvan de apoyo a la persona con diversidad funcional en todas las etapas de su vida (García y de Dios, 2007). Éstos/as deben proteger la intimidad y la confidencialidad de las personas con diversidad funcional, deben ofrecer a las familias una serie de herramientas que puedan utilizar en momentos de conflicto y deben actuar como apoyo a la hora de que la persona con diversidad funcional les consulte dudas o miedo acerca de la afectividad o sexualidad (Cobo, 2012).

Algunas personas con diversidad funcional física, requieren de atenciones más concretas a causa de alguna limitación que le suponga dependencia. En el caso de la dimensión afectiva y sexual, hay que hacer referencia a dos figuras: el asistente personal y el asistente sexual. Voy a centrarme más concretamente en la asistencia sexual, puesto que es una figura más desconocida e incluso discriminada por la sociedad, que a su vez concierne más al tema del trabajo que se está realizando.

#### **Sexualidad asistida**

Como ya se ha remarcado a lo largo del trabajo, la sexualidad, el contacto y el afecto, es una necesidad básica de la persona, y es bajo esta premisa donde surge la necesidad, valga la redundancia, de paliar esa carencia de algunas personas que sea como sea tienen menos oportunidades de satisfacerlas. Así nace la sexualidad asistida.

La asistencia sexual, se refiere a una figura auto gestionada, formada y regulada, que realiza acompañamientos eróticos, sensuales y sexuales con personas con discapacidad. Además del contacto corporal, estos y estas asistentes sexuales hacen terapia con la persona (Silvia

Navarro, 2014). Le dan importancia a hablar, conocerse, y coger confianza, y procuran conseguir una autonomía de la persona. También pueden hacer de intermediarios entre parejas que tengan alguna discapacidad (Organización Biko Arloak, 2010).

En Suiza, Dinamarca, Suecia y Alemania, existe esta asistencia sexual, y es considerada como un servicio de salud y subvencionado por el gobierno. Suiza fue pionera de esta técnica de intervención. En España, ha habido una organización sin ánimo de lucro que se ha apuntado a esta innovación: Tandem Team Barcelona. Esta organización se rige bajo el “eslogan” “Los seres humanos no hacemos sexo, somos sexo”, y su objetivo es enfocar la sexualidad como algo natural y dar la oportunidad a las personas con (Tandem Team Barcelona).

Por último, en este apartado, hay que hacer referencia a que estas necesidades sexuales de las personas con discapacidad, como seres asexuados que son al fin de al cabo, cada vez son más notorias y se manifiestan en algunas películas como “Intocable” o “Las Sesiones”. Especial referencia a la película de Las Sesiones, donde es pionera, en hablar exclusivamente de la asistencia sexual para personas con discapacidad física, y que además está basada en hechos reales.

#### **4. EL ESTIGMA, LAS ACTITUDES, Y LA AUTOESTIMA ¿BARRERAS SOCIALES?**

La OMS define las barreras como: “Factores en el entorno de una persona que, cuando están ausentes o presentes, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como los siguientes: un entorno físico que no es accesible, falta de tecnología de asistencia relevante, actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, y servicios, sistemas y políticas que no existen o perjudican la participación de todas las personas con una afección en todos los aspectos de la vida”.

Y las barreras sociales son: “diferencias (desigualdades), en materia de género, etnia, raza, religión, salud o condición socioeconómica, entre individuos o grupos que les impiden



alcanzar o lograr sus objetivos, o negar su posibilidad de acceder a los recursos y promover sus intereses (Tesauro, 2013).

#### **4.1. El estigma**

En este punto, esta construcción social que es el estigma, hay que tener en cuenta que el aprendizaje y la educación tiene una gran responsabilidad; ya sea por haberlo promulgado o normalizado, como porque tiene las herramientas y el poder suficiente para desmontarlo y reconducirlo.

El sociólogo Ervin Goffman (1963) define el estigma como un “atributo que es profundamente evaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo.” “Característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerado como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento en concreto”.

Goffman reconoce tres formas de estigma: “La experiencia de una enfermedad mental (o la imposición de este diagnóstico); una forma de deformidad o una diferenciación no deseada y la asociación a una determinada raza, creencia o religión (o ausencia de esta)” (Goffman, 1963)

Por otro lado, Crocker, Major y Steele (1998) dicen que los individuos estigmatizados poseen algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular. Según López (2008), con el término estigma nos referimos a un conjunto de actitudes, normalmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios por el hecho de que estos presenten algún rasgo diferencial que permita identificarlos. Por lo tanto, se trata de una desvaloración relacionada con un estereotipo negativo.

En cuanto a las actitudes en el estigma social, es decir, cómo se manifiesta este rechazo, distinguimos tres términos:

- Estereotipos: Son un conjunto de creencias, normalmente erróneas, que la mayoría de la población mantiene con otro grupo social.

- Prejuicios: Son una serie de predisposiciones emocionales que se experimentan en relación a los miembros de un grupo vinculado a creencias estereotipadas.
- Discriminación: Es la propensión a desarrollar acciones negativas hacia otros.

Estos tres aspectos van interrelacionados y se refuerzan conjuntamente. Es decir, los estereotipos se aceptan cuándo coinciden con prejuicios emocionales y de esta forma se genera la discriminación.

Para Erving Goffman es la sociedad quien “establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con “otros” previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. Por consiguiente, es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su “identidad social” (Goffman, 2006: 11-12).

#### **4.2. La actitud ante la sexualidad**

Para Goffman las personas “normales”, como él denomina a las no estigmatizadas, adoptan actitudes hacia las personas que poseen un estigma, estas actitudes llevan a creer que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y justificar el rechazo a ésta.

Además, Goffman habla de la actitud y postura de la persona que se encuentra bajo esa estigmatización, la cual debida a esa etiqueta que la sociedad le ha impuesto, se mantiene constantemente alerta frente a lo que los demás consideran como su defecto, hecho que lo lleva de modo inevitable, a aceptar que está muy lejos de ser como en realidad debería. La vergüenza se convierte en una posibilidad central, que se origina cuando el individuo percibe uno de sus atributos como posesión impura de la que fácilmente puede imaginarse exento (Goffman, 2006: 17-19).

Las actitudes son predisposiciones que todos tenemos sobre algo o alguien y, según el modelo de Rosenberg y Rovland (1960; citado en Pacheco, 2002) tienen tres componentes: cognitivos (creencias y pensamientos acerca del objeto), emocionales (sentimientos asociados al objeto) y comportamentales (inclinación para actuar de una u otra forma).

Santiago Frago (2004), nos habla de dos conceptos que recoge las actitudes ante la sexualidad: normatividad (prohibición y permisividad) y combatividad (ataque y defensa). Efigenio Amezúa, por su parte, añade que sería mejor manejarse con un esquema no bipolar sino gradual y progresivo, y nos presenta el término de “actitudes de comprensividad”. Éste se refiere a tener una actitud empática, de acercamiento y comprensión hacia la sexualidad. Que la sexualidad no sea algo prohibido o permitido, sino cultivable.

En el tema de la sexualidad en general, la investigación sobre las actitudes sexuales ha usado dos conceptos fundamentales (Diéguez, López, Sueiro y López, 2005):

- ✚ El de conservadurismo-liberalismo, tomado de los trabajos sociopolíticos, centrado en las opiniones tradicionales o progresistas aplicadas a los diferentes aspectos de la sexualidad. Desde esta perspectiva se focaliza fundamentalmente el componente mental de las actitudes. En este marco se han construido la mayoría de los cuestionarios sobre las actitudes hacia la sexualidad.
- ✚ El de erotofilia-erotofobia, basado en la reacción sexual ante determinadas situaciones hipotéticas. Mide más bien el aspecto emocional y conductual de las actitudes. Es el concepto elaborado por Fisher y Hall (1988; citado en Diéguez, López, Sueiro y López, 2005).

Estos autores hablan de la erotofilia (actitud positiva hacia los estímulos sexuales), y erotofobia (la actitud negativa), para referirse a los dos extremos de las actitudes que manifiestan las personas ante estímulos sexuales, las cuales influirán en la conducta sexual que adopten éstas.

Las actitudes de la sociedad, de los profesionales y los familiares constituyen un aspecto clave. Tal como sugiere Löfgren-Martenson (2004; citado en Morentin, Arias, Rodríguez

y Verdugo, 2007), “una vez derribados los muros de la segregación, las personas más próximas, con sus actitudes, pueden convertirse en auténticos “muros institucionales””.

### **4.3. La autoestima**

Jesús Florez (2007), nos habla de la estima en un sentido amplio: “Estimar a una persona es contemplarla con respeto, con consideración, con aprecio. La autoestima, en consecuencia, es contemplarse a sí mismo con sentido de dignidad, con respeto.”

La definición que nos da María Calas (2014) miembro de la fundación “Por igual más”, es: “un conjunto de percepciones, pensamientos y sentimientos reflejados en comportamientos dirigidos hacia nosotros mismos.” Es decir, es una percepción, algo subjetivo.

La misma autora nos dice que la autoestima comienza en el momento en el que nos conocemos y aceptamos a nosotros y nosotras mismas. En el caso de las personas con discapacidad, consiste en ser conscientes de esa realidad, aceptarla, y convivir con ella; e incluso pudiendo valorarla desde una perspectiva positiva. “la aceptación de la propia limitación” (Calas, 2014). En cuanto se es consciente de esa realidad, el siguiente paso al que le lleva es a la utilización y el desarrollo de las propias capacidades y habilidades, la cual fomentará la defensa y consciencia de sus derechos y necesidades. “llegar a un acuerdo con nuestra propia identidad” (Florez, 2007).

Florez, nos habla de cuatro componentes que él cree imprescindibles para desarrollar dicho sentimiento de orgullo y de aceptación de la propia persona con discapacidad:

- Conciencia, conocimiento, percepción
- Desarrollo del sentido de competencia
- Desarrollo de los propios talentos
- Sentirse amado/a y aceptado/a por la familia y los amigos/as

Es común que las personas con discapacidad tengan la autoestima baja, esto se puede deber, a su falta de autonomía y en ocasiones dependencia, a que ven sus capacidades limitadas en comparación con los demás, y que viven en un mundo competente donde lo “anormal”

o diferente es discriminado, donde tienen menos acceso al empleo, a los estudios, al deporte... Esta falta de autoestima, desemboca en sentimientos de enfado, tristeza, impotencia... que a su vez pueden desencadenarse en aislamiento y problemas de socialización (COCEMFE, 2014).

Las personas con baja autoestima (Fundación AON, 2016), pueden tener dificultades a la hora de establecer relaciones interpersonales, y aislarse. Puesto que, “poseer una imagen propia correcta es considerado como un factor fundamental para poseer una adecuada adaptación social y emocional”.

La autoestima la construye la persona, aun así, es favorable que el ambiente en el que se rodee sea cercano, cálido y respetuoso, para conseguir el fortalecimiento y la incrementación de la autoestima (Calas, 2014).

En este punto es muy importante la familia, o las figuras de apego. Éstas, tienen que ofrecer amor, apoyo y consejo; pero también deben dejar que la persona experimente sentimientos de frustración y fracaso, para así poder desarrollar la independencia.

El papel de la familia será decisivo a la hora de transmitir el sentido de competencia, que según la RAE (2001), es la “oposición o rivalidad entre dos o más que aspiran a obtener la misma cosa”. Si se transmite poco esta actitud, la persona no desarrollará ese sentido de autonomía, y será más difícil conseguir ese orgullo y autoestima alta, en literatura se le llama “impotencia aprendida”. Por otro lado, si se exige demasiado a la persona, ésta puede verse frustrada y fracasada al compararse con otras personas de su edad, o al no poder alcanzar esas metas tan altas que su familia le pone.

Para empezar a valorarse a sí mismo/a, hay que hacerse dos preguntas: “*que pienso yo que los demás opinan sobre mí*” y “*que pienso yo sobre mí mismo/a*” (Fundación AON, 2016).

En lo que se refiere a la autoestima en el ámbito sexual, la psicóloga y terapeuta sexual, Agurtzane Ormazza, nos habla de un componente muy importante que influye directamente en esa percepción sobre sí mismo/a, y sobre lo que se piensa que los demás piensan de ti. Esos componentes se refieren a los modelos actuales que la sociedad ha impuesto como

una norma, los cuales mitifican el sexo, la sexualidad, la erótica y la amatoria, y “dificultan el viaje que cada uno/a vive en su propio cuerpo y ese otro viaje de encuentro con el otro/a. Estos modelos son los siguientes:

- Modelo estético: Se refiere a cumplir con los cánones de belleza impuestos por la sociedad.
- Modelo de placer: La idea del placer también está limitada por los modelos de la sociedad.
- Modelo informativo: Se refiere a la existencia de información acerca de todo lo que tiene que ver con la sexualidad.

#### **4.4. Mitos y prejuicios**

Es la propia sociedad (Cobo, 2012), la creadora de las diferencias entre la sexualidad de las personas con discapacidad y la de las personas sin discapacidad, ya que lo diferente suele ser motivo de discriminación y rechazo.

Añadido a esto, según señalan Torices y Ávila (2007), la sociedad tiende a elaborar mitos acerca de comportamientos que no acepta o entiende y alrededor de personas que pertenecen a un grupo aislado, marginado o minoritario, los cuales tienen por base el desconocimiento y la falta de información objetiva, o historias y tradiciones que no coinciden con los hechos reales.

Es por eso que las personas con discapacidad sufren la dualidad de enfrentarse a la problemática que supone la sexualidad humana, con la propia diversidad funcional, ambas dimensiones juzgadas y estigmatizadas por la sociedad (Morales 2011).

A continuación, se van a destacar cinco tipos de prejuicios o mitos que se suelen tener hacia las personas con discapacidad en el ámbito sexual (Huerta, 2011). Se basan en el estigma de inferioridad, enfermedad y repulsión que se les otorga a estas personas.

- a) Considerar que la sexualidad se reduce a genitalidad
- b) Reducir la función de la sexualidad a la procreación

- c) Reducir la sexualidad al matrimonio
- d) Reducción a la heterosexualidad
- e) Reducción de la sexualidad a un derecho exclusivo de los hombres

Algunos de los mitos sobre la sexualidad en general, y más específicamente, sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, mantenidos durante mucho tiempo y con falta de prueba sobre los mismos, son los siguientes (López, 2002):

- Las personas con discapacidad son asexuadas.
- Las personas con discapacidad son como niños y niñas, sobre todo, en el terreno sexual.
- Las personas con discapacidad, no resultan atractivas sexualmente para otras personas.
- No se les debe despertar su interés sexual, porque son inocentes.
- En general, las personas con discapacidad no deben tener actividad sexual, ni formar pareja, ni casarse.
- El coito es la conducta sexual más importante.
- La actividad sexual es para tener hijos e hijas, las personas con discapacidad no deben o pueden tenerlo.
- Las personas con discapacidad no tienen interés sexual y sobre todo las mujeres con discapacidad.
- La intervención en educación sexual despierta su sexualidad dormida e inocente.

Otras creencias que propone García (2002):

- La persona con discapacidad no tiene necesidad de expresión sexual.
- Subestiman las fantasías sexuales.
- El cuerpo de una persona con discapacidad no puede producir placer.
- La única satisfacción sexual a la que puede aspirar es la de satisfacer a su pareja.
- Temor a la transmisión genética de la lesión.
- Temor a que la actividad sexual acelere la enfermedad.

- A determinadas personas discapacitadas (según el tipo de discapacidad), se le atribuyen deseos perversos y excesivos, debido a su sexualidad reprimida.
- La única forma correcta y placentera de obtener placer sexual es el coito.
- El uso de medios accesorios para el placer es pecado o degradante.
- La masturbación es una enfermedad o un vicio.

En base a estos mitos y prejuicios comprobamos las limitaciones o impedimentos sociales a las que se enfrentan las personas con discapacidad, las cuales hacen más difícil el acceso a su vida íntima y sexual.

#### **4.5. Algunas diferencias en el ámbito sexual de las personas con discapacidad, y las personas sin discapacidad**

Félix López Sánchez, nos habla en una de sus obras, “Sexo y afecto en personas con discapacidad”, acerca de cómo viven la sexualidad algunas personas con discapacidad física o sensorial, y cómo esta discapacidad puede conllevar algunas dificultades específicas que afectan a estas áreas: (López, 2002)

El desarrollo sexual desde un punto de vista psicosocial: Por ejemplo, las personas invidentes, tienen el desarrollo de la identidad sexual más retrasado y dificultoso. La ayuda a estas personas, consistiría en informar verbalmente, y ofrecer posibilidades de explorar muñecos sexuales.

La capacidad para entrar en contacto con iguales: Muchas de estas personas tienen un alto grado de dependencia, esto quiere decir qué, de sus cuidadores y cuidadoras dependerá también, en gran medida, la libertad o la oportunidad de conocer a otras personas.

Limitaciones para iniciar un proceso de seducción: A los invidentes, por ejemplo, les resulta difícil detectar si la otra persona está interesada o receptiva. La sexualidad humana es muy visual. Por otro lado, los sordomudos, y todas aquellas discapacidades que impliquen dificultades de lenguaje, sufren de grandes limitaciones psicosociales.

Limitaciones por falta de autoestima, la no aceptación de la discapacidad, o el rechazo social: Auto descalificarse por no creerse apto o capaz para seducir o flirtear, y la formación



de parejas. Considerar que no son atractivas o que serán rechazadas. Además de las muchas barreras sociales que se encuentran a causa de los prejuicios de la gente.

Limitaciones clínicas: Pueden ser referidas a los procesos de erección y de respuesta sexual humana, problema de control de esfínteres, pérdida de sensibilidad, limitaciones motoras por parálisis, dificultades para aceptarse.

El doctor y psicólogo Santiago Frago (2004) nos habla de los siguientes matices diferenciales que tienen las personas con discapacidad:

- Lo tienen todo más difícil
- Su educación sexual, “está más llena de silencios, medias palabras, dificultades para acceder a la información, dificultad para conocer su cuerpo y sus cambios... no queremos ver, y no hacemos porque vean.” (Frago, 2004)
- La soledad y la falta de autoestima están más presentes.
- Dificultad para acceder a los espacios de intimidad.
- Falta de oportunidades para las relaciones interpersonales.
- A raíz de poseer una menor red social e intimidad, se acrecientan sus necesidades afectivas.
- A su cuerpo accede, en ocasiones, demasiada gente, y muchas veces sin control y sin permiso.
- Presencia de otras dificultades como: déficits emocionales, cognitivos y conductuales, sin olvidarnos de efectos colaterales que pueden mostrar los medicamentos y farmacológicos a los que están sometidas.
- Mayor vulnerabilidad a los abusos, acoso y /o violación.

El que podría ser el caso más extremo de discapacidad física, es el que afecta a la lesión medular. Según la OMS, esta puede ocurrir ya sea por accidentes, enfermedad, procesos degenerativos, etc. y conlleva a una desconexión de la parte de la médula espinal del resto del Sistema Nervioso Central, lo que provoca que la zona medular que esté por debajo de la lesión queda fuera del control normal que los centros cerebrales superiores ejercen sobre la médula. A pesar de eso, la limitación funcional puede variar dependiendo de la

localización de la lesión, y combinarse para determinar el grado y permanencia de las manifestaciones clínicas, incluidas las sexuales.

## **5. MUJER Y DISCAPACIDAD ¿DOBLE DISCRIMINACIÓN?**

A lo largo del trabajo, se hace visible la discriminación o estigmatización a la que están sometidas las personas con discapacidad en la sociedad. Sin embargo, no se ha concretado ni se ha distinguido entre géneros, cuando es una evidencia que la mujer, únicamente por ser mujer en esta sociedad, está más discriminada que los hombres en todos los ámbitos, incluido el de la discapacidad; es por ello que se le va a dedicar un apartado exclusivo del trabajo, puesto que podríamos decir que sufre doble discriminación, al ser mujer y tener discapacidad (Amate, 2006).

La OMS introduce que el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.”

Es decir, el género, es una construcción social, y en la sociedad actual, y desde siempre, esas “diferencias” han favorecido al género masculino, y discriminado al género femenino.

Según la RAE discriminación es “acción y efecto de discriminar”, y discriminar es: “Dar trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, político, de sexo, etc.”

La OMS (2011), nos dice que las mujeres con diversidad funcional tienen una mayor dificultad a la hora de acceder a los servicios sanitarios, menor acceso al sistema educativo y económico y tasas más altas de pobreza.

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres desarrollada en Pekín, se acordó que los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente, sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia.

Díaz (2013), nos dice que “la situación se recrudece todavía más cuando hablamos del derecho de las mujeres con discapacidad a ser madres y decidir, por consiguiente, el número de hijos que quieren tener y cómo y cuándo hacerlo”. (p.54). Eso se debe a que culturalmente ha existido, y sigue existiendo un gran miedo al embarazo y lo que ello supone, consideran a la mujer con discapacidad una persona dependiente, por lo tanto, incapaz de cuidar de otro ser. De esta manera se ha infravalorado las habilidades de cuidado por parte de las personas con diversidad funcional (Campo, 2015).

Las mujeres con discapacidad se ven afectadas en ámbitos como el empleo, la sexualidad, la maternidad, la invisibilidad mediática, la violencia o la sobreprotección. Las mujeres en general ya sufren de esas desigualdades y dificultades en esos ámbitos frente a los hombres, así que no es de extrañar que la situación se agrave cuando lleven a su cargo una dificultad tan grande como es la discapacidad.

A las mujeres con discapacidad se les considera asexuadas, y no se les reconoce su propia sexualidad. Se les tiende a infantilizar, y se ve raro o de mal gusto que tenga deseos sexuales y que los quiera satisfacer y hacer públicos (Moya, 2009).

También es importante poner de manifiesto que las mujeres con discapacidad son más vulnerables a sufrir violencia de género. Además, como ocurre la mayoría de las veces, las familias tienden a sobreprotegerla más que si fuera un hombre.

Según la ONU se entiende por violencia de género cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o personal. Es un atentado directo contra la integridad, la dignidad y la libertad de las mujeres.

Factores específicos de la discapacidad por lo que la mujer se siente más vulnerable a sufrir violencia de género: Pueden ser personales o sociales (Moya, 2009).

#### Factores personales:

- Baja autoestima y autopercepción negativa: Las mujeres con discapacidad pueden tener un sentimiento de sí mismas de inferioridad
- Ausencia de conciencia de víctima: Puesto que no se sienten socialmente competentes o útiles.
- Escaso o nulo acceso a un empleo remunerado: La falta de formación o cualificación adecuada, por la falta de oportunidades que tienen frente al resto de la sociedad
- Ausencia de autonomía personal: La falta de algunas habilidades, provocan indefensión ante el abuso.

#### Factores sociales:

##### a) Percepción social de la mujer con discapacidad:

- Dificultad para expresar lo que sienten.
- Dificultad para tener acceso a los puntos de información y asesoramiento, a causa de las barreras arquitectónicas y de la comunicación que pueden existir.
- Mayor dependencia de cuidados
- Menor credibilidad
- Vivir en entornos que favorecen la violencia.

##### b) Mitos que incentivan, y hacen a la mujer con discapacidad más vulnerable a sufrir abusos sexuales:

- “Deshumanización”
- “Mercancía dañada”: Considerar que la vida de las personas con discapacidad no vale lo mismo que la tuya, que no vale la pena vivir en ese estado.
- “Insensibilidad al dolor”: Creencia de que sienten menos, de que no saben que le están haciendo.
- “Amenaza de la discapacidad”: Se considera a las personas con discapacidad como personas peligrosas. Se les suele echar la culpa de los

abusos, aunque ellas hayan sido las víctimas.

- “Indefensión”: Ven a las mujeres con discapacidad más débiles y “fáciles” para abusar de ellas.

## **6. PAPEL DEL TRABAJADOR Y LA TRABAJADORA SOCIAL**

El Trabajo Social, según la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida, Australia en octubre de 2004, donde se aprobó la declaración de los principios éticos de los y las trabajadores y trabajadoras sociales, es: “aquella disciplina que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Utilizando teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, para intervenir en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Teniendo de base los principios de los Derechos Humanos y Justicia Social”.

La intervención en este campo del Trabajo Social se apoya en la declaración de los principios éticos de los trabajadores sociales aprobados por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida (2004), según los principios de respeto a la autodeterminación, promover la participación, tratar a la persona como un todo e identificar y desarrollar sus fortalezas.

El objetivo de la intervención social con personas con discapacidad, y en este caso en el ámbito afectivo- sexual, es garantizar derechos, reconocer su voz en todos los ámbitos y la difusión de una imagen positiva de la discapacidad y de la sexualidad.

Los trabajadores sociales han trabajado mucho tiempo desde el modelo médico, sin embargo, hay que tener en cuenta que la acción del trabajo social no comienza después del diagnóstico, y que tiene un papel muy importante la promoción y la prevención. También se llevan a cabo estudios que descubren situaciones y aportan soluciones.

Torices y Ávila (2007) mencionan que la figura de los y las Trabajadores Sociales forma parte del equipo interdisciplinar formado por médico, terapeutas (físico, lenguaje, ocupacional, laboral), educador especial, maestro en discapacidad y sexualidad, enfermero, etc., siendo su papel esencial para obtener información sobre la persona: pasado, familia, recursos económicos, reacción a la discapacidad y tratamiento.

Según Espinoza, Mateo y De Felipe (1990 en Puyol y Hernández, 2009) “las funciones de un/a trabajador/a social serían las siguientes: detectar y difundir los recursos existentes en la zona de actuación, la elaboración del mapa de necesidades y recursos, colaborar en la elaboración de los Proyectos Educativos de Centros (condiciones socioculturales del entorno y los aspectos sociales y familiares del alumnado), contribuir a la potenciación de la acción tutorial, información y orientación a los padres, detección y valoración social funcional de alumnos con necesidades educativas especiales, colaborar en la realización de adaptaciones curriculares para el alumnado que lo precise, facilitar información al profesor tutor en relación a los aspectos sociales y familiares de los alumnos, realización del estudio y valoración social y familiar de los alumnos, derivar y canalizar adecuadamente, según la demanda y necesidades detectadas, apoyo a las familias desestructuradas, orientaciones y pautas de actuación en situaciones problemáticas, individuales o grupales y colaboración en las funciones generales transdisciplinar de equipo”.

Todos los profesionales del Trabajo Social, aunque desempeñen sus tareas en el ámbito sanitario, laboral o de los Servicios Sociales, están realizando funciones en el campo de la educación (Nogal, 2007). No obstante, el reto de la educación afectivo-sexual es establecer y llevar a la práctica, una educación formal, considerando las diversas disciplinas que intervienen para dar una información objetiva y científica, dirigida a toda persona sin distinción de género. La educación sexual desde la educación formal palía las deficiencias de una educación sexual llevada a cabo desde el ámbito informal. (Torices y Ávila, 2007).

En la educación no formal, el Trabajo Social, se encarga de diseñar e impartir cursos de habilidades sociales y cognitivas, de técnicas de resolución de problemas, de escuelas de padres, o de técnicas de comunicación, entre otros. “En el campo de la educación informal, mediante la palabra, el acompañamiento, la demostración o el ejemplo ayudan a otras personas a aprender conocimientos, habilidades y actitudes esenciales para mejorar sus

relaciones de pareja, saber separarse de forma no traumática, defender sus derechos como consumidores, o saber decir no a las drogas y ser capaces de vencer la presión del grupo de iguales o de los medios de comunicación” (Puyol y Hernández, 2009).

Los y las trabajadores sociales, son agentes activos del cambio de la realidad social, donde enfocan su praxis profesional desde una perspectiva que tiene su fundamento en los derechos humanos y la dignidad de las personas.

## 7. CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo se puede observar la trayectoria que ha tenido el concepto de discapacidad a lo largo de la historia, y se ha podido verificar como ese rechazo social se ha paliado, pero no se ha desvanecido.

El término sexualidad por su parte sigue siendo un misterio para la mayoría de las personas; se sigue vinculando y reduciendo únicamente al sexo como acto, y a la procreación. A raíz del desconocimiento de todo lo que la sexualidad engloba, se crea también ese desconocimiento de la diversidad dentro de la sexualidad. Y es en este punto donde lo desconocido no existe, o no es “respetable”, es decir, en este caso, la sexualidad de las personas con diversidad funcional.

Al analizar las necesidades interpersonales en general, observamos cómo en nada cambia el tener o no discapacidad para querer o no satisfacer esas necesidades. Sin embargo, sí que se puede afirmar que las personas con discapacidad tienen menos oportunidades de satisfacerlas, y es en gran medida por algunos mitos que existen en torno a la discapacidad.

El estigma y la autoestima son barreras de construcción social, muy subjetivas y sin base científica. Y en el momento que estas construcciones sociales rechazan o discriminan un colectivo, deberían desaparecer. A lo largo del trabajo se han podido desmontar algunos mitos y prejuicios existentes en la sociedad, sin embargo, el problema reside en conseguir la igualdad de derechos y de oportunidades entre todos, y conseguir que esa “diferencia” sea una característica más de la persona.

“El problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”. (Hahn, citado en IMSERSO, s.f).

En cuanto a los profesionales en este tema, aún queda trabajo por recorrer. Se ha mencionado la función del Trabajo Social en esta dimensión; sin embargo, al ser un tema invisibilizado, no es demandado, y las disciplinas como Trabajo Social o Educación Social la dejan en un segundo plano.

Es decir, es trabajo de todos que la sexualidad y la discapacidad deje de ser un tema tabú, y tener en cuenta siempre la siguiente cita:

*“Las personas, al igual que las aves, son diferentes en su vuelo,  
Pero iguales en su derecho a volar”*



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Amate, E. (2006). Discapacidad: lo que todos debemos saber. Washington, D.C. EEUU. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 12 de Julio de:  
[https://books.google.es/books?id=bnf6zhhwfDQC&pg=PT170&dq=el+desconocimiento+de+la+discapacidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjK\\_M\\_EuO3NAhVL1RoKHdvqA1IQ6AEIITAB#v=onepage&q=el%20desconocimiento%20de%20la%20discapacidad&f=false](https://books.google.es/books?id=bnf6zhhwfDQC&pg=PT170&dq=el+desconocimiento+de+la+discapacidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjK_M_EuO3NAhVL1RoKHdvqA1IQ6AEIITAB#v=onepage&q=el%20desconocimiento%20de%20la%20discapacidad&f=false)
- Boletín Oficial del Estado (2013). Disposiciones generales. Recuperado de:  
<http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>
- Calas, M (2014): En Fundación Por Igual Más “Autoestima y autoimagen en personas con discapacidad”. Disponible en:  
<https://www.porigualmas.org/articles/408/autoestima-y-autoimagen-en-personas-con-discapacidad>
- Cardenal, F., (1998). “Discapacidad, sexualidad y familia”. Ponencia presentada en el Seminario sobre “Cuidados y promoción de la salud en personas con deficiencias”. Consultado en Escuela Nacional de Sanidad, 10 de enero de 2013.
- Centro de documentación y estudios SIIS. (2012). Buenas prácticas en la atención a personas con discapacidad. Afectividad y sexualidad. Recuperado de:  
<file:///C:/Users/Windows7/Downloads/CGu%C3%ADa+afectividad+y+sexualidad+.pdf>
- Cobo, C. (2012). Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del Espectro Autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales. Recuperado de:  
[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas\\_Discapacidad\\_Protocolo\\_sobre\\_relaciones\\_interpersonales\\_y\\_sexualidad\\_pint.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pint.pdf)
- COCENFE Castilla y León (2014): Fomento de la autoestima. Disponible en:

<http://www.cocemfecyl.es/index.php/discapacidad-y-tu/45-fomento-de-la-autoestima>

Comisión Europea (2010) Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras. Recuperado de:  
[http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia\\_europea\\_discapacidad\\_2010\\_2020.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_europea_discapacidad_2010_2020.pdf)

De España, J. C. I. R. (2010). Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *La interrupción voluntaria del embarazo*.

De la Cruz, C. (2006) Nuevos modelos de familia y educación sexual. Recuperado de:  
<https://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/NUEVOS%20MODELOS%20DE%20FAMILIA%20Y%20EDUCACION%20C3%93N%20SEXUAL.pdf>

Florez, J (2007): La autoestima y la autoimagen en la discapacidad. Disponible en:  
[http://www.eldiariomontanes.es/prensa/20070512/sociedad/autoestima-autoimagen-discapacidad\\_20070512.html](http://www.eldiariomontanes.es/prensa/20070512/sociedad/autoestima-autoimagen-discapacidad_20070512.html)

Frago, S (Lleida, 22 octubre 2004). Jornadas de sexualidad “La sexualidad: factor clave de la relación social. Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia (FEBHI).

Fundación AON (15 de Julio 2016): Discapacidad y autoestima. Disponible en:  
<http://fundacionaon.es/blog/accion-social/autoestima-y-discapacidad/>

García, C. E., & Sánchez, A. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, 50, 15-30.

García, C. E., & Sánchez, A. S. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, 73, 29-42.

García, M., & de Dios, R. (2007). Discapacidad y sexualidad: Programa de Educación

sexual en centros de Atención a Personas Adultas. Gobierno del principado de Asturias.

Goffman, Erving (2006) Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina.

Gómez, J. (2000) Educación afectivo sexual. Recuperado de:  
<https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a6-3-gomez.pdf>

Huerta, C. M., & Calvillo, M. A. R. (2011). Sexualidad, discapacidad y una Población inesperada. Un tema cada día menos controversial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 27.

Hueta, A. (2013) Conociendo la Planificación Centrada en la Persona otra forma de ver, sentir y vivir la discapacidad. Universidad de Deusto, Facultad de Psicología y Educación, España.

IMSERSO (S.F.) Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. Recuperado de:  
<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>

INE (2010): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Metodología. Madrid. Disponible en:  
<http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530418.pdf>

Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76(4), 271-279.

Larrú, J. y Ramos, M.F. (2008) Hombre y mujer los creó. La afectividad: una aclaración. Recuperadode:[http://www.jp2madrid.org/jp2madrid/documentos/coleccion\\_hombre\\_mujer/HO\\_M-MUJ\\_08004.pdf](http://www.jp2madrid.org/jp2madrid/documentos/coleccion_hombre_mujer/HO_M-MUJ_08004.pdf)

López, F., (2000). Educación sexual y discapacidad. III Congreso “La Atención a la

Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).

López, F. (2002). “Sexo y afecto en personas con discapacidad”. Madrid: Biblioteca Nueva.

López, F. (2013). Sexo y afecto en personas con discapacidad. Madrid: Biblioteca Nueva.

Luis Casimiro, I.A. (2014). La educación afectivo-sexual en las personas con discapacidad y su relación con el Trabajo Social. Universidad de Santa Cruz de Tenerife. Facultad de Ciencias políticas y sociales. España.

Marcé, A. (2013). Desarrollo de la afectividad y sexualidad entendido como una dimensión más de la persona [versión electrónica]. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de: [http://discapacidad.fundacionmapfre.org/escuelabienestar/es/imagenes/T142\\_VD\\_tcm207-34382.pdf](http://discapacidad.fundacionmapfre.org/escuelabienestar/es/imagenes/T142_VD_tcm207-34382.pdf)

Martínez, F. (Gijón, noviembre 2003). Jornadas de discapacidad y vida sexual. La erótica del encuentro [versión electrónica]. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de: [http://www.cocemfeasturias.es/archivos/251\\_discapacidad-vida-sexual--la-erotica-encuentro-.pdf](http://www.cocemfeasturias.es/archivos/251_discapacidad-vida-sexual--la-erotica-encuentro-.pdf)

Moya Maya, A. (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad: perfil de su doble discriminación.

Navarro, S. (2014). 1er Congreso Internacional Virtual obre Discapacidad y Derechos Humanos. Recuperado de: [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/735/Pon\\_NavarroCasadoS\\_AsistenteSexualPersonas\\_2014.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/735/Pon_NavarroCasadoS_AsistenteSexualPersonas_2014.pdf?sequence=1)

Nogal, E. (2007). Trabajo Social y Educación [versión electrónica]. Madrid: Colegio

Oficial de trabajadores sociales y asistentes sociales. Recuperado el 4 de Julio de 2016 de: <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=831>

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial De La Salud, (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (CIF). Ginebra: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10). Washington, D.C.: OMS.

Ormaza, A (Lleida, 22 octubre 2004). Jornadas de sexualidad “La sexualidad: factor clave de la relación social. Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia (FEBHI).

Pacheco, F. (2002). “Actitudes”. Eúphoros (5), pp. 173-186.

Palacios Ramos, E.; Abellán García, A.; Esparza Catalán, C. (2008): “Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 56. [Fecha de publicación: 23/09/2008, versión 11]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-estimaciones-11.pdf>

Real Academia Española (2001): Disponible en: <http://www.rae.es/>

REAL DECRETO 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

Sarto, M.P. (2001). Familia y discapacidad. In III Congreso “La atención a la diversidad

en el sistema educativo (Vol. 6). Recuperado de:

<http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>

Tesauro (2013): Biblioteca Agrícola Nacional de los Estados Unidos. Disponible en:

<https://boletinagrario.com/ap-6,barrera+social,1520.html>

Urosa, A. (2012). El Hecho Sexual Humano. Recuperado de:

<http://www.bienestarypsicologia.com/el-hecho-sexual-humano/>

Verdugo et al.. (2001): Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante. Salamanca, SIID, 43 p. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/verdugo-definiciones-01.pdf>